

初回(第1回目)請求時の場合は請求書と併せてこの欄は必ずチェックしてください。記入内容に

初回(第1回目)請求時とは... 傷病手当金に記載されている「傷病名」で初めて請求するときのことです。すでに同一傷病名で受給している場合は提出不要です。

記入例

傷病手当金(付加金)請求に伴う状況報告書兼同意書

ジェイテクト健康保険組合 理事長 殿

太枠内をもちろなく記入してください。訂正は印が必要です。

保険証の記号・番号	記号	9999	番号	123456	被保険者氏名	健保 太郎
-----------	----	------	----	--------	--------	-------

以前、他健保組合(国民健康保険を除く)の被保険者であった期間がありますか		<input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない			
<p>以前、ジェイテクト健保組合・国民健康保険以外の保険証(被保険者)を持っていた期間があるか</p> <p>「ある」場合記入ください。(健保組合名称等、不明な箇所には「不明」と記入してください)</p>	健保組合名①	<input checked="" type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 社会保険事務所 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会( )支部			
	その健保組合での保険証の記号・番号	記号	AAA	番号	111111
	その健保組合での加入期間	平・令 30 年 4 月 1 日 ~ 平・令 31 年 3 月 31 日			
	その当時の会社名	〇〇〇株式会社			
	健保組合名②	<input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 社会保険事務所 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input checked="" type="checkbox"/> 全国健康保険協会( △△ )支部			
	その健保組合での保険証の記号・番号	記号	△〇〇	番号	654321
	その健保組合での加入期間	平・令 25 年 4 月 1 日 ~ 平・令 30 年 3 月 31 日			
その当時の会社名	株式会社□□□				
今までに傷病手当金を受給したことがありますか		<input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない			
<p>必ず記入してください。</p> <p>「ある」場合記入ください。</p>	受給した傷病名①	腰椎椎間板ヘルニア			
	受給した期間	平・令 26 年 12 月 1 日 ~ 平・令 27 年 6 月 30 日			
	受給した傷病名②	インフルエンザ			
	受給した期間	平・令 29 年 2 月 3 日 ~ 平・令 29 年 2 月 8 日			

同意書

ジェイテクト健康保険組合が健康保険法による傷病手当金の支給決定を行うにあたり、下記事項について同意します。

- ・ジェイテクト健康保険組合が以前私の加入していた保険者に対し、私にかかる資格および給付履歴等の照会を行い、照会を受けた保険者がジェイテクト健康保険組合に対して回答すること
- ・ジェイテクト健康保険組合が以前私の受診した医療機関等に対し、傷病手当金にかかる診療内容等の照会を行い、照会を受けた医療機関等がジェイテクト健康保険組合に対して回答すること
- ・ジェイテクト健康保険組合が現在(または以前に)、私の在職している(在職していた)勤務先等に私の個人情報に関する照会を行い、照会を受けた勤務先等がジェイテクト健康保険組合に対して回答すること

※照会先が複数となる場合は、本同意書の写しも有効と認めます。

太枠内をもちろなく記入してください。訂正は印が必要です。

ジェイテクト健康保険組合 理事長 殿

令和 元 年 6 月 22 日

住所 〇〇県〇〇市〇〇町〇番〇号  
 被保険者 〇〇アパート 〇〇号室  
 氏名 健保 太郎 健保 印